

TRABAJO FIN DE MÁSTER

**Título: PROTOCOLO DE ALTA PRECOZ EN PARTO
NORMAL**

Alumno: Arjona Lazcano, Aranzazu

Tutor: Uris Selles, Joaquín

Master Universitario en Gestión Sanitaria

Curso: 2017-2018

INDICE

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE EL ALTA PRECOZ	3
• INTRODUCCIÓN	3
• JUSTIFICACIÓN.....	5
• OBJETIVOS	7
Objetivo general.....	7
Objetivos específicos.....	7
• CONCEPTUALIZACIÓN DEL TEMA.....	7
Parto normal	7
Puerperio.....	8
Estancia hospitalaria	9
Alta precoz.....	10
• ANÁLISIS DEL TEMA.....	10
Metodología	10
Búsqueda bibliográfica	11
Resultados	13
PROPUESTA DE PROTOCOLO DE ALTA PRECOZ	18
• INTRODUCCIÓN	18
• OBJETIVOS	18
Objetivos generales.....	18
Objetivos específicos.....	18
• AMBITO DE APLICACIÓN	19
• POBLACIÓN DIANA	19
• CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	19
• DESARROLLO DEL PROTOCOLO	19
- Seguimiento durante la gestación.....	19

- Seguimiento del parto.....	22
- Seguimiento del puerperio.....	22
- Seguimiento perinatal del recién nacido.....	25
CONCLUSIONES	26
BIBLIOGRAFÍA.....	27
ANEXOS	31



REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE EL ALTA PRECOZ

✚ INTRODUCCIÓN

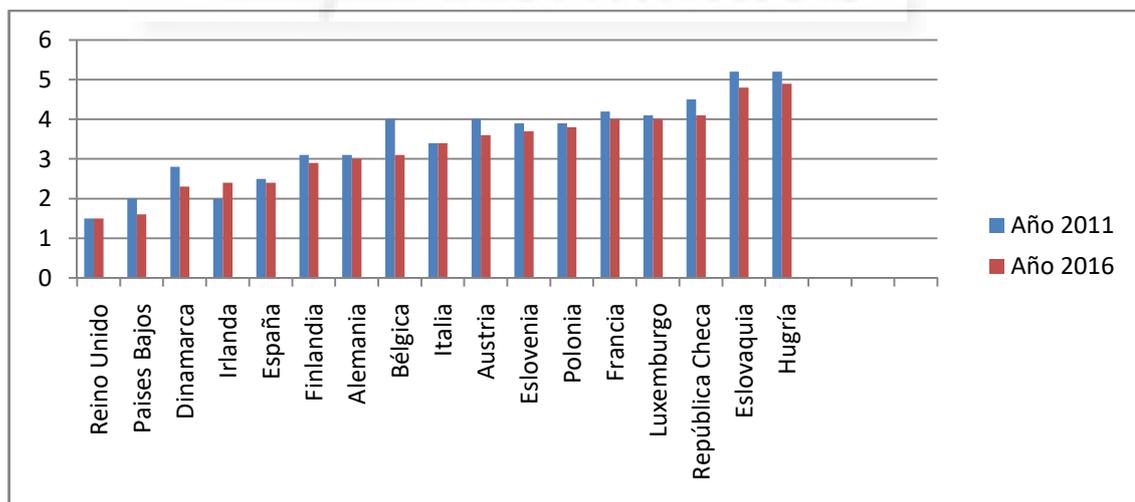
Según los datos del Instituto Nacional de Estadística, en España, el parto es la causa más concurrente que se produce en la mayoría de los hospitales españoles (1). En el año 2015, el dato cifra en el 22,2% del total, las altas hospitalarias en mujeres a causa de estos motivos (2). En el año 2008, en España había una dotación de 742 paritorios, lo que supone disponer de 2,4 por cada mil partos. En la Comunidad Autónoma del País Vasco, los ingresos relacionados con la gestación, parto y puerperio, suponen el 8.8% en ese mismo año (3). El resultado, es que el proceso hospitalario del parto y puerperio ha provocado desde hace décadas que se aúnen esfuerzos por parte del sistema sanitario en incrementar la eficiencia en cuanto a su gestión.

Desde 1950, la estancia media hospitalaria era de 7-10 días, y desde entonces se ha evolucionado hacia la disminución (4), recomendándose 48 h tras un parto vaginal no complicado y de 96 h para una cesárea, según la American College of Obstetricians and Gynecologist (5) y la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (6).

Esta disminución surgió a raíz de la necesidad social de disminuir la instrumentalización del parto y de realizar las mínimas intervenciones invasivas, realizar un pronto retorno al hogar de la familia con su recién nacido para establecer una rápida integración de la madre y recién nacido en el entorno familiar que incrementan su empoderamiento. La naturaleza económica tiene un fuerte peso en este cambio evolutivo en la duración del ingreso hospitalario, la escasez por la ocupación de las camas y el coste sanitario que emana de los ingresos en las unidades de maternidad, tuvo un gran impacto, sobre todo en los países en los que el sistema sanitario está regulado por las aseguradoras privadas. Se acrecentaron los conflictos ya que los seguros privados suscitaban la corta estancia hospitalaria en contraposición a la opinión del recurso médico. Así fue como empezaron a nacer los primeros protocolos de alta precoz (7).

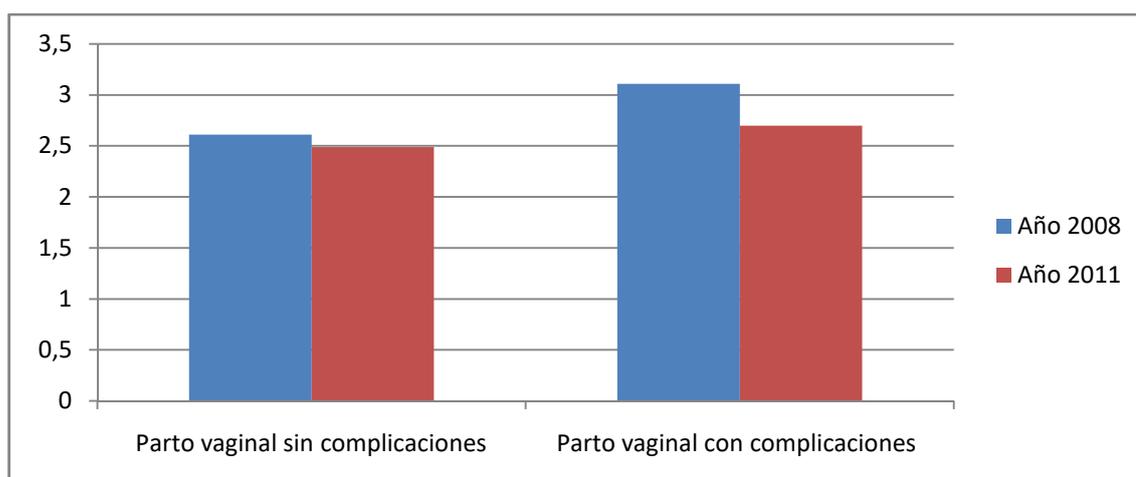
En todos los países de la Unión Europea hay grandes variaciones a causa de la duración de la estancia hospitalaria media en relación al proceso de ingreso por parto. Además, como se puede observar en la ilustración 1, hay una disminución comparativa de la estancia media hospitalaria en los mismos países pero en diferentes años, siendo la tendencia la disminución de la duración de los días. Los datos estadísticos, han sido ofrecidos por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, que ofrece indicadores que publica datos generados por las estadísticas nacionales de cada país y nos informan sobre la actividad hospitalaria, la relación gasto económico-sistema de salud, sobre el estado de salud de la población y la calidad de los cuidados que reciben (8). La diferencia entre los datos reflejados en la ilustración 1, reflejan la posibilidad de que aspectos como el tipo de sistema sanitario establecido en cada país, con una gestión característica y un proceso asistencial asociado, influyan de manera directa en los resultados. En los países donde predomina el sistema sanitario “servicio nacional de salud”, la tendencia que siguen es de tener estancias medias hospitalarias más cortas que los sistemas basados en el modelo de “seguros sociales” (9).

Ilustración 1. Evolución de la estancia media hospitalaria por parto en Europa



En España, y según los datos estadísticos oficiales extraídos, la estancia hospitalaria se ha mostrado con tendencia evolutiva a disminución de los días de ingreso del proceso del parto (Ilustración 2).

Ilustración 2. Evolución de la estancia media hospitalaria



La asistencia sanitaria que recibe durante la estancia hospitalaria tanto la madre como el recién nacido, se centra en poder identificar las necesidades de ambos, y si surgen complicaciones tras el parto, procurando apoyo y cuidados sanitarios para poder garantizar la recuperación de la madre y poder cuidar por sí misma al neonato cuando regrese tras el alta (10). Las unidades de maternidad en la atención especializada, proporcionan este cuidado, definiéndose como el lugar donde se garantiza la asistencia multidisciplinar a la unidad familiar, madre y al neonato durante el parto, con las instalaciones y equipamientos para poder efectuar los cuidados, avalando las condiciones adecuadas de seguridad, calidad y eficiencia (11).

JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo nace como producto de la inquietud generada en la práctica profesional enfermera de la presente autora, en una unidad de materno-infantil en un centro de atención especializada. Una asistencia sanitaria que se caracteriza por la atención y cuidado de la mujer y recién nacido, en el proceso fisiológico puerperal, a su llegada a planta junto con su recién nacido, procedente de la unidad de partos. Entre las competencias de una enfermera de maternidad, requiere establecer con las familias una relación de confianza y entendimiento, detectar las necesidades y los problemas y actuar en base a conocimientos basados en

la evidencia, con juicio clínico y con los medios y recursos disponibles, para que el proceso de la mujer en el puerperio y la adaptación a la vida del recién nacido, se produzca en un estado de salud y bienestar óptimos.

En la actualidad, en algunos hospitales de España, de forma voluntaria pero no sistémica, se está reduciendo el proceso y ofreciendo el alta precoz postparto a las 24-36 horas, en vez de las 48 h establecidas, fomentando así la tendencia de reconsiderar el parto y el consiguiente puerperio como lo que es, un proceso vital y fisiológico y favoreciendo así el retorno de la madre y del recién nacido a su entorno habitual. Esto favorece el cumplimiento de uno de los principios de la OMS incluidos en los “Principios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre el cuidado perinatal: guía esencial para el cuidado antenatal, perinatal y postparto” , en el que constituye entre otras recomendaciones, que el parto y puerperio debe “ no ser medicalizado, por lo que el cuidado fundamental debe ser proveído recurriendo a un mínimo de intervenciones que sean necesarias y aplicándose la mínima tecnología posible”(12). Entre las ventajas de elaboración de un protocolo alta precoz hay que destacar que podría facilitar la rápida integración de la madre y recién nacido en el entorno familiar fomentando así la autonomía con garantías de seguridad e incrementar el empoderamiento de las familias.

Establecer este proceso de alta precoz de forma protocolizada, requiere de recurrir a la necesidad de una adecuada coordinación entre niveles asistenciales y una asistencia individualizada.

Así mismo, asegura unas pautas que puedan ofrecer un circuito de procedimiento y una seguridad, que pretende mejorar la práctica clínica, una de las cuestiones que afectan a los grandes principios y retos de nuestro sistema sanitario y a la que se pretende dar respuesta mediante el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud.

Concretamente en estas premisas están incluidas en la décima estrategia, en el segundo apartado, “Impulsar la elaboración y el uso de guías de práctica clínica vinculadas a las estrategias de salud, consolidando y extendiendo Proyecto Guía-Salud y formación a profesionales”. (13). Este

trabajo se centra en la revisión bibliográfica sobre el *alta precoz hospitalaria* en puérperas y recién nacidos con parto no complicado, evaluar y realizar un análisis sobre el resultado del *impacto en los costes hospitalarios*, la incidencia en el *grado de satisfacción* en la familia, y la repercusión en la *seguridad* tanto de la madre como del recién nacido, que se refleja en los reingresos y en las visitas al servicio de urgencias, con el objetivo elaborar posteriormente un *protocolo de alta precoz* que sería aplicable en el ámbito donde realizo mi trabajo.

OBJETIVOS

Objetivo general

Elaboración de un protocolo de alta precoz en partos no complicados en un entorno hospitalario, justificado con un análisis de revisión bibliográfica sobre el tema.

Objetivos específicos

Realizar un análisis de cómo se ha venido planteando *la gestión del alta precoz* en un entorno hospitalario en situación de postparto no complicado, evaluando y examinando la incidencia en el grado de

Satisfacción en la familia, el resultado del impacto en los costes hospitalarios, y la repercusión en la seguridad tanto de la madre como del recién nacido, que se refleja en los reingresos y en las visitas al servicio de urgencias.

CONCEPTUALIZACIÓN DEL TEMA

Parto normal

Es importante conocer la definición de lo que se considera parto normal en el proceso de atención al parto. Algunas de las definiciones de las que se disponen son:

✓ *OMS:*

Parto que se inicia de forma espontánea, y se considera de bajo riesgo hasta el alumbramiento y expulsión de la placenta. El recién nacido nace espontáneamente de forma eutócica, entre las semanas 37 y 42. Tras el alumbramiento, la madre y el recién nacido se encuentran en buenas condiciones (14).

✓ *SEGO:*

Gestante sin factores de riesgo durante el embarazo, que inicia un trabajo de parto entre la 37 y las 42 semanas de gestación y por el cual, desemboca en el nacimiento de un recién nacido, posterior una etapa de dilatación y parto, con una adaptación adecuada a la vida extrauterina. También deben evolucionar de forma fisiológica natural el alumbramiento y el puerperio inmediato. El parto que no cumple las condiciones anteriormente mencionadas es considerado distócico. Esto ocurre entre un 20-30% de los casos (15).

Puerperio

El puerperio se define como el período de 6 a 8 semanas posterior al parto. Es un periodo en el cual se producen numerosos cambios fisiológicos en la mujer que tienen como designio volver de forma gradual al estado previo al embarazo e iniciar la instauración de la lactancia.

El puerperio se puede clasificar en tres etapas con sus correspondientes características (16):

✓ *Puerperio inmediato*

Esta etapa comienza tras el parto y tendría una duración de 24 horas. Durante las dos horas siguientes a la terminación del parto, el útero consigue la hemostasia definitiva por lo que a este corto espacio de tiempo también se le ha denominado cuarto periodo del parto de Leff.

✓ *Puerperio clínico*

Esta etapa comienza a las 24 horas del parto y duraría entre cinco y siete días. Durante esta fase se producen los fenómenos involutivos más

importantes y las manifestaciones clínicas del puerperio que describiremos más adelante.

✓ *Puerperio tardío*

Este periodo comienza entre cinco y siete días tras el parto y dura entre cinco y siete semanas. Esta etapa se caracteriza fundamentalmente por una lenta recuperación hasta las condiciones basales previas al embarazo.

Estancia hospitalaria

En ausencia de complicaciones, como ya hemos referido previamente, la estancia hospitalaria tras el parto y en el puerperio oscila entre las 48 h después de un parto vaginal y las 96 h después de un parto por cesárea, sin incluir el día del parto.

Durante la estancia y nada más producirse el parto es importante ayudar a que se establezca el vínculo materno filial. Fomentar que la madre mantenga un contacto estrecho con su hijo. Para ello, las unidades de obstetricia deben estar organizadas de tal manera que faciliten estas interacciones, reduciendo al mínimo las intervenciones médicas pero aumentando la participación del padre y otros miembros de la familia.

Las estancias hospitalarias más cortas en las que se produce el alta precoz, son apropiadas cuando se cumplen ciertos criterios para garantizar la salud de la madre y el bebé, como la ausencia de fiebre en la madre; una frecuencia de pulso y respiratoria y una tensión arterial normales; una cantidad y un color apropiados de los loquios durante el restablecimiento; la ausencia de datos anómalos en la exploración física, datos analíticos anómalos o signos emocionales anómalos, y la capacidad de la madre para realizar actividades como caminar, comer, beber, cuidar de sí misma y cuidar del recién nacido. Además, la madre debe contar con apoyo suficiente durante los días siguientes al alta y debe recibir instrucciones sobre la actividad y el ejercicio después del parto, y sobre las molestias y las medidas de alivio frecuentes. En los casos de alta precoz, se promueve la realización de una visita a domicilio o una llamada telefónica complementaria por parte de un profesional sanitario dentro de las 48 h siguientes al alta. (17, 18,19).

Alta precoz

La American Academy of Pediatrics (AAP) y American College of Obstetricians and Gynecologist (ACOG) en 1996 definieron el término de alta temprana aquella estancia hospitalaria postparto inferior a 48 horas, excluyendo el día de nacimiento, y esta definición es la que se mantiene en la actualidad (19). Se ha generado una gran controversia en cuanto a la seguridad de la madre y del Rn que puede verse afectada o no por el establecimiento del alta precoz. La posibilidad de que la reducción del tiempo de hospitalización pudiera estar relacionado con resultados adversos para las madres y los neonatos ha sido tema de debate desde fines de la década del 50, cuando se llevó cabo el primer estudio clínico aleatorizado de alta postnatal temprana que se analizó y publicó (4). Los posibles resultados adversos incluyen: demoras en la detección y el tratamiento de morbilidad neonatal y materna, mayor número de casos de problemas con la lactancia que derivan en un destete más temprano, menor seguridad materna debido a la falta de apoyo profesional, menor satisfacción materna con la atención hospitalaria postnatal, mayor prevalencia de depresión materna, y mayor número de rehospitalizaciones neonatales y maternas (20).

ANÁLISIS DEL TEMA

Metodología

Para la revisión crítica del material que hay publicado sobre el alta precoz, se ha realizado una búsqueda bibliográfica en la Cochrane library utilizando los términos (Early) and (postpartum) and (discharge) en la búsqueda asistida, en la que hemos obtenido como resultado 33 revisiones sistemáticas en castellano del grupo Cochrane y 79 resultados de estudios en idioma inglés, entre los cuales incluía una revisión sistemática. En todos esos resultados hemos aplicado los criterios de inclusión y exclusión que previamente hemos establecido:

✓ *Criterios de inclusión:*

Estudios y/o revisiones sistemáticas en los que abarque la finalidad del estudio a nivel global incluyendo los términos de búsqueda y que traten sobre la seguridad, y/o satisfacción de los padres, y/o los costes económicos. Hay estudios muy interesantes pero que son más específicos y que se centran más en la lactancia materna, la educación previa prenatal o las visitas domiciliarias tras el alta hospitalaria

Idiomas: inglés o castellano.

Años de publicación: 1965 que fue el primer estudio que se realiza sobre el alta precoz (4) hasta hoy. Es cierto algunos de los estudios se podrían interpretar como remotos a la hora de trasladar a la práctica clínica, y podrían considerarse no representativos, ya que como hemos visto previamente la definición de alta precoz se ha ido modificando a lo largo de las décadas, sin embargo como la esencia y del objetivo es evaluar ese impacto que ha producido la reducción de la estancia hospitalaria, independientemente de los días en los que se haya disminuido el ingreso, se ha considerado para la revisión bibliográfica.

Sujetos participantes del estudio: Puerperas con parto que se haya producido con recién nacido a término tras la semana 37 de embarazo, con recién nacidos de más de 2500 gr, y que la evolución del puerperio hasta el día del alta hospitalaria haya sido considerada apta (21).

✓ *Criterios de exclusión:*

- No haya posibilidad de poder acceder al texto completo.
- Los estudios que no sean ensayos clínicos aleatorios con grupo control y grupo de intervención.
- Sujetos participantes en el estudio que no cumplan con los criterios de inclusión.

Búsqueda bibliográfica

Se ha incluido para la revisión de la bibliografía una revisión sistemática que data del 2003 y se titula "Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants" (21), realizada en base a ocho estudios sobre el

tema. También se ha incluido el estudio español titulado “Early discharge form obstetrics-pediatrics at the hospital de Valme, with domiciliary follow-up (30)”.

En la revisión sistemática participaron un total de 3600 mujeres. Los ocho estudios se realizaron en un periodo que abarca desde 1959 y 2000, y se desarrollaron en EEUU, Canadá, Reino Unido y Suecia (4, 22, 23, 24, 25, 26, 27,28). El estudio sigue las recomendaciones de CETS (30) en el que se establece que los estudios que se realicen sobre el alta precoz deben ser estudios de ensayo clínicos aleatorizados (ECA) y randomizados con grupo control y así poder evitar los sesgos de selección. De esta forma, se puede contar con los estudios más fiables y que arrojan una mayor evidencia científica que nos pueden permitir poder trasladar los resultados a práctica clínica. Previamente a esta revisión sistemática ha habido otras publicaciones de RS sobre el alta precoz en puérperas, pero se trataban de revisiones sobre estudios con poca evidencia a causa de las limitaciones en los métodos utilizados que los convertían en estudios de mala calidad y con exposiciones y resultados muy diferentes entre ellos, cometiendo errores metodológicos que provocaba la depreciación de los resultados. Dentro de todas ellas, las revisiones que se pueden considerar más fiables son las de Grullon et al. y CETS, porque tienen en cuenta las consecuencias en cuanto a la seguridad de la madre y el Rn del alta precoz, la satisfacción y la repercusión en los costes.

La revisión sistemática de Brown S et al, expone que para realizar dicha revisión sistemática y que los estudios puedan ser representativos para la práctica clínica, deben ser estudios randomizados, prospectivos con una duración de seguimiento de al menos 6 meses y con grupo control tanto de las madres como los de recién nacidos. Define las características que deben de cumplir el grupo de participantes que formaron parte de la revisión sistemática de los diferentes estudios, como se expone más adelante.

Una de las principales limitaciones encontradas es la heterogeneidad de lo que cada estudio define como el alta precoz, hay definiciones que incluyen desde algo menos de las 24 horas posteriores al parto hasta las 72 horas. A

pesar de ello, incluye los estudios en los que se ha estimado aplicar una intervención de alta temprana con respecto a la estancia hospitalaria estándar en la zona donde se realiza el estudio. Otras de las dificultades son que algunos de esos estudios tenían un número de participantes realmente bajo, con lo cual la muestra no era realmente representativa.

Resultados

Se ha realizado una agrupación de los resultados de los diferentes estudios analizados en base a la seguridad, la satisfacción de la madre/padres y la repercusión en los costes.

✓ *La seguridad:*

La medimos mediante los indicadores de asistencia a la urgencia o reingresos hospitalarios tanto por causas maternas como del recién nacido (32). Cabe esperar que se pudieran producir tasas más altas en las rehospitalizaciones, tras la disminución de la estancia hospitalaria y el alta precoz. En la revisión sistemática realizada por Brown et al. en los ocho estudios que contemplan, no hay diferencias significativas en los datos agrupados en cuanto a estos ingresos, pero habría que tener en cuenta la diferencia de asistencia primaria y especializada en los diferentes lugares en los que se realizaron los estudios, por lo que al equipo de Brown et al. les resultó muy difícil realizar comparaciones. El tamaño de la muestra también puede influir notablemente, tal como se puede ver en el estudio de Hellman et al. Encontró aumentos en el número de reingresos de bebés (1.1% frente a 0.6%) y madres (1.8% frente a 0.6%) entre la población de un hospital del condado, comparando un grupo dado de alta a las 72 horas que tenía tres visitas domiciliarias con un grupo de alta después de 5 días que tenían dos visitas domiciliarias. Aunque los aumentos observados no fueron estadísticamente significativos, ya que hay una gran diferencia entre el tamaño de las dos muestras ya que el grupo de intervención triplica al del grupo control (1941 frente a 316 pacientes), además de que no describe adecuadamente la metodología de aleatorización.

Otro factor que puede influir es el impacto que provoca en los resultados la elección de mujeres que preferían una hospitalización más breve, como en el estudio de Carty et al. en el que se indica que esa preferencia se traducía en una mayor seguridad durante la primera semana en el domicilio, por lo tanto, menos probabilidades de que se produjeran visitas a la atención especializada. Carty et al. informan sobre el número de derivaciones por parte de las enfermeras a los médicos, en las visitas domiciliarias que realizaban en los primeros diez días postparto. En el grupo de intervención la proporción fue mayor que en el grupo de atención estándar.

En ninguno de los estudios clínicos se recogió información sobre el número de contactos entre las madres y los profesionales de salud por problemas en las primeras seis semanas después del parto.

En la revisión se realizó un cálculo estimado en seis de los ocho estudios (4,22,23,25,26,28) sobre los reingresos maternos entre las tres y seis semanas postparto y el resultado fue de 0,76 (con un IC de 0,95%: 0,17 a 3,37). Además, ese resultado no se vio alterado posteriormente cuando se excluyó del análisis el único estudio clínico que reclutó sólo mujeres con cesárea no programada (Brooten et al.) resultando 1,28 (IC 95%:0,31 a 5,25). Sobre la duración y la causa de los reingresos no hay mención en ninguno de los estudios.

El estudio de Sainz Bueno et al. concluye que no implica un aumento el alta precoz frente al alta tradicional, ni hay un aumento de la morbilidad puerperal, de hecho, refiere que hay menos variabilidad de la patología puerperal, aunque sea mínimamente significativa. Disminuye la tasa de reingresos del recién nacido respecto al grupo control y también refiere una disminución de las consultas de los profesionales de la salud, aunque ambas no son estadísticamente significativas.

✓ *La satisfacción*

En la revisión de Brown et al. solo seis estudios realizaron algún tipo de evaluación acerca de la satisfacción (22, 23, 24, 4, 26,28). En cinco de ellos

evaluaron concretamente la atención postparto en el hospital (22, 23, 24, 4,26). Lo que analizan a través de los datos expuestos en la información recogida, es la proporción de mujeres que están disconformes con la atención, teniendo en cuenta que las calificaciones son valoradas a través de preguntas que se contestan con escalas de cinco o siete puntos, y que van de “conformes” a “muy disconformes”. Interpretaron las respuestas de “muy disconformes”, como indicación de un nivel de disconformidad o que se podría haber mejorado algo en la atención recibida. Se especificaron previamente proporciones de comparaciones en lugar de una comparación de puntajes medios, estadísticamente simplifica el significado clínico.

En dos estudios hubo diferencias considerables, en el de Hellman et al. y Waldenstrom et al. En el estudio primero se halló que las madres del grupo de alta precoz tenían mayor propensión a realizar críticas sobre la atención postparto al contrario que en el grupo de alta estándar. En el estudio de Waldenstrom et al. se reflejaba lo contrario. Esto puede ser causado por la diferencia del tamaño de la muestra entre ambos estudios. El de Hellman et al. poseía una cohorte mayor en el grupo del alta precoz que en el del estudio de Waldenstrom et al., además de que se desconoce si se les solicitó el consentimiento informado y el porcentaje de madres que no fueron aptas para el estudio. En el de Waldenstrom et al. solo participaron un 10%, y se describe la tendencia que las caracterizaba a mostrarse más negativas con respecto a la atención hospitalaria que recibían. En el estudio de Waldenstrom et al. solamente el 10% de las mujeres invitadas aceptó participar, y las participantes diferían en varios aspectos importantes de aquellas que no aceptaron, como por ejemplo el presentar una tendencia a ser más negativas acerca de la calidad en la atención hospitalaria. Además, hay que considerar de manera general la heterogeneidad de los dos estudios en cuanto a época y lugar donde fueron realizados.

Carty et al. utilizaron un cuestionario de 22 ítems ideado para realizar el estudio clínico, mediante preguntas formateadas usando la escala Likert, el cuestionario lo citaron “Patient satisfaction questionnaire”. Se mostraron tres resultados en base a los tres grupos de estudio. Las mujeres que se fueron

de alta muy precoz mostraron mayor puntuación respecto a las del cuidado convencional, y calificaciones intermedias corresponden al grupo de alta precoz intermedio. En el estudio de Gagnon et al. se valoró la satisfacción en base a una sola pregunta acerca de la atención en los primeros diez días en la que se obtenía la mayor puntuación cinco, y que abarcaban desde muy “conforme” a “muy disconforme”, obteniendo mayor puntuación en el grupo de alta precoz.

El único estudio que tuvo en cuenta a la hora de evaluar la satisfacción de las madres en base a la duración de la estancia hospitalaria fue el de Yanover et al. Se obtuvo como resultado que muy pocas mujeres mostraron disconformidad sobre la brevedad de la estancia hospitalaria, con mayor porcentaje en el grupo de intervención contra el grupo control. Sin embargo, en cuanto a la opinión de que la estancia fue demasiado prolongada, hubo menor porcentaje en el grupo de intervención frente al grupo estándar.

En cuanto a la satisfacción referente a la atención postnatal no hubo ninguna referencia en ninguno de los estudios.

El estudio de Sainz Bueno et al. concluyó que las mujeres que recibieron el alta temprana estaban más satisfechas con el servicio que aquellas que estaban en el programa de estadía tradicional (90% frente al 61% respectivamente).

✓ *La repercusión económica:*

En este apartado se deberían tener en cuenta diferentes aspectos en cuanto a los costes:

1. Los ingresos de las mujeres por parto no siempre se inician en el momento del nacimiento, muchas de esas mujeres ingresan días previos por control exhaustivo de embarazo o por preinducción del parto.
2. Los cuidados postnatales que se ofrecen tanto a la madre como al recién nacido no terminan tras el alta hospitalaria, sino que continúan hasta un periodo de seis semanas en consultas en atención primaria o consultas

domiciliarias, o incluso se deberían tener en cuenta los costes derivados de un reingreso durante ese periodo.

En la revisión sistemática realizada por Brown S et al, no todos los autores contienen el aspecto económico. Brooten et al. en su estudio clínico expone que los costes derivados de la hospitalización eran significativamente inferiores en el grupo de intervención y grupo control incluyendo en esta diferencia también las visitas domiciliarias de las enfermeras. En el estudio realizado por Boulvain et al. el coste hospitalario fue mayor para el grupo de alta precoz entre las 24 y 48 horas contra el grupo control que realizaba el alta habitual a los cuatro días, con una diferencia entre ambos de 1554 francos suizos. Analizó los costes de los cuidados postnatales en los que incluía las consultas al domicilio de la matrona, los reingresos hospitalarios, los gastos comunitarios producidos y que no son sanitarios como la guardería de los hermanos y los traslados e incluso la falta de asistencia al trabajo por parte del padre o de la madre. Evidentemente los costes conjuntos son más elevados en el grupo de alta precoz con 932 francos suizos en comparación al grupo de cuidado estándar 481 francos suizos. Yannover et al. realizó una comparación estimando el alta habitual superior a 48 horas, con visita pediátrica a las dos semanas y visita ginecológica a las 6 semanas postparto, frente al alta precoz considerada previa a las 48 horas seguidas, de cuatro visitas de personal sanitario. Los cálculos dieron un resultado de un ahorro de al menos el 30%.

En el estudio realizado por Sainz Bueno et al. concluye que el coste medio del grupo del alta precoz, considerado entre 24 y 48 horas, fue inferior que el del grupo control con un alta establecido superior a las 48 horas. Tuvo en cuenta el costo de las visitas tanto a la madre como al recién nacido, el costo del seguimiento telefónico, el costo de los reingresos y el costo de las consultas a los profesionales de la salud, así como el coste de desarrollo y mantenimiento del programa de alta precoz. Concluyó tras el estudio que para un programa de alta precoz con visita a domicilio y seguimiento telefónico supondría un ahorro del 18,3% en un total de 202 casos. Si el programa de alta precoz constase de visita a domicilio y revisión

hospitalaria tras el alta a la semana a la madre y recién nacido, supondría un ahorro de 13,4% para esos 202 casos.

PROPUESTA DE PROTOCOLO DE ALTA PRECOZ

INTRODUCCIÓN

El actual modelo asistencial sanitario evoluciona hacia una sanidad que fomenta una gestión de los autocuidados en los usuarios. Se ha producido un aumento de la concienciación en la sociedad de que el parto y el puerperio es un proceso natural, y no patológico, de atención individualizada que precisa de fomentar la rapidez en la adaptación a la nueva situación de la familia y el recién nacido, a través de una rápida instauración de la vida cotidiana en el hogar. El retorno temprano al ámbito familiar y a una situación normal, requiere adelantar y acortar los tiempos de estancia hospitalaria, estableciéndose así el alta precoz del proceso del parto y puerperio. Mediante este protocolo se pretende establecer una guía que pueda ser utilizada de forma multidisciplinar, unificando criterios de actuación, aumentando la calidad y calidez en la asistencia clínica, así como las satisfacción tanto de los usuarios y de los profesionales.

OBJETIVOS

Objetivos generales

- ✓ Instaurar un protocolo de alta precoz en usuarios que cumplan los criterios de inclusión seleccionados, y así reducir el tiempo de estancia hospitalaria evitable.
- ✓ Establecer y garantizar un circuito asistencial durante las 48 h posteriores al alta precoz, por parte de la matrona y enfermera pediátrica favorecido por la cooperación entre los diferentes niveles asistenciales de la atención sanitaria.

Objetivos específicos

- ✓ Aumentar el grado de satisfacción de la familia al disminuir los días de estancia hospitalaria.

- ✓ Promover la seguridad del usuario y familia en el proceso de alta precoz de parto y puerperio.
- ✓ Reducción del coste hospitalario, gestión de servicios.

AMBITO DE APLICACIÓN

Dirigido a profesionales facultativos, profesionales de enfermería y técnicos auxiliares de enfermería de la unidad de maternidad y de partos del hospital del área de salud provincial.

POBLACIÓN DIANA

Puérperas y recién nacidos ingresados en el área de maternidad que cumplan criterios de inclusión establecidos en el desarrollo del procedimiento.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Se elabora un chek-list que abarca todo el proceso desde la gestación hasta el puerperio con criterios de la madre como del recién nacido. Estos criterios corresponden de forma simultánea a los de inclusión en el proceso de alta precoz, y están recogidos en el formulario (Anexo I).

DESARROLLO DEL PROTOCOLO

Desde el inicio de la gestación hasta transcurrido el puerperio tardío, se realiza una serie de consultas para seguimiento de la gestación y posterior seguimiento en el parto y puerperio (Ilustración 3 y 4).

- *Seguimiento durante la gestación* (ilustración 3): Se realiza a lo largo de los tres trimestres de embarazo. No se entregará el díptico informativo del proceso del alta precoz hasta la consulta sucesiva de embarazo que realiza la matrona en tercer trimestre (27-40s), en atención primaria. Esta consulta se realiza aproximadamente entre la semana 32 de embarazo posterior a la consulta de ecografía del tercer trimestre. La entrega del díptico va acompañada de información sobre el circuito asistencial que se desarrollará en el área de maternidad del hospital, así como de la duración del ingreso y posterior seguimiento tanto de la

madre como del recién nacido a las 48 horas del alta. De esta forma se pretende favorecer la toma de decisiones y disminuir la ansiedad que puede generar el proceso de parto. En la consulta continua sucesiva obstétrica que se realiza por ginecología aproximadamente a las 34 semanas de embarazo, la ginecóloga procederá a resolver las dudas que hayan podido surgir a la madre en cuestión al proceso del alta precoz y si desea participar en el proceso. De esta manera se ha dejado un periodo de latencia entre una consulta y otra para tomar la decisión. Se les informará si cumplen criterios en el momento de la decisión de inclusión en el proceso realizando la comprobación a través de un check-list de criterios (Anexo I), y en caso afirmativo se adjuntará al resto de documentación en su historia clínica. Se les informará también la posibilidad de revocar su decisión de inclusión en el proceso de alta precoz en cualquier momento restante de la gestación, así como a lo largo del parto y del puerperio si así lo desean. Así mismo se les informará la posibilidad de exclusión del proceso por causas médicas que se desarrollen posteriormente. El ginecólogo en esta consulta realizará el check-list del apartado “criterios clínicos de inclusión durante la gestación” (Anexo I). En la consulta de control prenatal que se realiza en el área de atención hospitalaria aproximadamente en la semana 37-38 de embarazo, se vuelve a comprobar si sigue cumpliendo los criterios ya chequeados en la primera evaluación realizada en la consulta anterior por parte de la ginecóloga. En caso de que se hay producido algún cambio en la gestación que la excluya del proceso se indicará en el recuadro indicado en la hoja de check-list con la fecha y la causa con la fecha.

Ilustración 3. Consultas de seguimiento actual establecido en la gestación.

Profesional	Consulta	Lugar	Educación	1º Trimestre (<12s)	2º Trimestre (13-26s)	3º Trimestre (27-40s)
Matron@	Embarazo Nuevo	Atención primaria	“Guía del embarazo Parto y puerperio”	✓		
Ginecolog @	1ª Ecografía	Consultas externas		✓		
Ginecolog @	Nueva Obstetricia	Consultas externas	Educación gestacional		✓	
Matron@	Sucesiva Embarazo	Atención primaria	Educación gestacional		✓	
Ginecolog @	2ª Ecografía	Consultas externas			✓	
Matron@	Sucesiva Embarazo	Atención primaria	Educación gestacional		✓	
Ginecolog @	Sucesiva Obstetricia	Consultas Externas	Educación gestacional		✓	
Ginecolog @	3ª Ecografía	Consultas externas				✓
Matron@	Sucesiva Embarazo	Atención primaria	“Nacer en nuestro hospital” “Proceso alta precoz en parto normal”			✓
Ginecolog @	Sucesiva Obstetricia	Consultas externas	Educación gestacional Si interés en programa alta precoz se realiza check-list criterios inclusión, se añade a Hª Clínica.			✓
Matron@	Educación Maternal	Gimnasio Centro de Salud	Educación proceso de parto y lactancia, cuidados Recién nacido			✓
Ginecolog @	Control Prenatal	Consultas externas	Revisión cumple criterios inclusión (Check-list)			✓

- *Seguimiento del parto* (ilustración 3): La madre ingresa por la unidad de urgencias obstétricas y tras valoración de Hª Clínica y exploración física por parte de ginecología que diagnostique inicio de trabajo de parto, se realizará la admisión. Se le trasladará desde la urgencia a la unidad de partos, y allí será recibida por una matrona, que le será asignada y le acompañará durante todo el proceso de parto y de las dos primeras horas de puerperio inmediato, hasta su traslado a planta de maternidad. Inicialmente se instalará en la sala de dilatación hasta dilatación completa e inicio del periodo expulsivo que pasa a la unidad de partos. Se le informará del circuito que se realiza en el proceso de parto hasta el día del alta. Se volverá a preguntar si desea incluirse en el proceso de alta precoz postparto. En el caso afirmativo, se realizará una reevaluación de cumplimientos de criterios de check-list de alta precoz, y se responderá sí o no en el apartado donde se formula la cuestión “Sigue cumpliendo los criterios establecidos en la valoración previa” incluido en el bloque “criterios clínicos de inclusión en el proceso del parto”. En la situación cambiante de que no pueda aplicarse el alta precoz porque no cumpla alguno de los criterios, se indicará la causa. En el caso de que haya informado de su interés en el desistimiento se anotará en la casilla correspondiente inmediatamente inferior. Se le informará de la posibilidad de poder volver a acogerse al proceso durante su ingreso si así lo requiere. Además, la matrona realizará otra valoración un abordaje materno perinatal preciso, como herramienta fundamental para la valoración enfermera. En la valoración comprende una valoración inicial, examen físico detallado, y valoración continua. En la valoración inicial se comprobaba historia clínica y se rellenará el formulario de evolución de parto. Esta hoja de check-list no se vuelve a reevaluar hasta finalización del parto, en el proceso de puerperio inmediato que se realiza en la sala de post-parto, contigua a la de partos.
- *Seguimiento del puerperio* (ilustración 4): Comprende los periodos de puerperio inmediato de ingreso hospitalario hasta las 2 horas posteriores al parto y posterior a las dos horas hasta que se produce el alta.

Las primeras 2 horas tras el alumbramiento, si el parto se ha producido con normalidad y sin complicaciones, la madre y recién nacido permanecerán en la sala de post-parto, contigua a la sala de partos. La matrona realizará una valoración continua del bienestar materno-neonatal tanto del examen físico como del estado psicológico, y valorará la primera toma de lactancia materna si las condiciones lo permiten. Realizará el check-list incluido en el apartado “criterios clínicos de inclusión en el proceso del parto”. Todo ello favoreciendo y cumpliendo el respeto y la intimidad del momento y la no separación del binomio madre-recién nacido, y acompañadas por quien la madre desee. Tras las 2 horas de puerperio inmediato si han transcurrido con normalidad y sin complicaciones, la matrona realizará el formulario correspondiente al apartado “Criterios clínicos de inclusión en el proceso de puerperio”/“Puerperio inmediato/sala postparto (durante las 2 primeras horas postparto)” y posterior traslado de la madre y recién nacido a la unidad de planta de maternidad.

Tras las primeras dos horas de puerperio inmediato la madre y recién nacido ingresan en la unidad de maternidad. Allí son recibidos por la enfermera y auxiliar de enfermería a su llegada a planta. La enfermera de la unidad realizará una valoración de ingreso tras analizar anamnesis de su historia clínica y exploración física. En la historia clínica supervisará si pertenece al proceso de alta precoz y comprobará el check-list realizada previamente por ginecología y matrona. Durante el primer día de ingreso en la unidad la enfermera y auxiliar de enfermería realizarán las actividades de enfermería y las firmarán en el programa informático de cuidados, así como el registro de los evolutivos.

Ilustración 4. Consultas de seguimiento actual establecido del puerperio.

Profesional	Consulta	Lugar	Información Entregada	Puerperio inmediato (<24h)	Puerperio (desde 2º hasta 10º día)
Matron@/ Ginecolog@	Parto	Sala de Partos	Revisión cumple criterios inclusión (Check-list)	✓	
Enfermer@/ Ginecolog@	Postparto inmediato	Unidad Maternidad	“Guía de la lactancia materna” “Guía de Alta”	✓	
Matron@	Postparto sucesivo	Atención primaria	Cuidados puerperio/ Refuerzo lactancia		✓
Ginecolog@	Control puerperio	Consultas externas	Cuidados puerperio /planificación familiar		✓
Matron@	Educación lactancia	Gimnasio Centro de Salud	Lactancia		✓

El día en el que se va a producir el alta, la enfermera rellenará los criterios de check-list en el apartado “criterios previos al alta precoz” tanto de la madre como del recién nacido tras el pase de visita conjunta con ginecología y pediatría.

Ilustración 5. Cuadro resumen de las intervenciones del check-list.

	EMBARAZO	PARTO	PUERPERIO		
Consulta	Sucesiva obstetricia	Al ingreso en dilatación	En las dos primeras horas en la sala postparto	En planta de hospitalización de maternidad a partir de las dos horas postparto	En planta de hospitalización De maternidad previo al alta
Realiza	Ginecología	Matron@	Matron@	Enfermería	Enfermería Ginecología Pediatría
	CONSULTA PERINATAL				
Realiza	Enfermería				

Alta se producirá a partir de las 24 horas cumplidas si parto normal y si no ha habido complicaciones maternas o del recién nacido y previo a las 48 horas dependiendo del momento en el que se haya producido el parto (ilustración 6). La enfermera rellenará los criterios del check-list correspondientes “Documentación entregada al alta precoz”, y entregará la documentación administrativa necesaria al alta, así como educación de cuidados al alta, resolviendo las dudas que les surjan a los padres. Entre la documentación entregada, se le recalcará que es de vital interés que acudan a las 48 horas a seguimiento en la consulta perinatal a la hora indicada.

Ilustración 6. Cronograma de entrega de alta hospitalaria a las 24 h.

Parto	Valoración enfermera	Valoración pediatría	Valoración ginecología	Entrega del alta	Alta
Día 0 en el turno de mañana (8-15h)	Realiza valoración con check-list de la madre y recién nacido previo al pase de visita el día +1	Pase de visita en día +1. Comprobar check-list enfermera y firmar alta.	Pase de visita en día +1. Comprobar check-list enfermera y firmar alta.	Enfermera entrega alta firmada por pediatría, ginecología y firma alta enfermería.	Día +1 en el turno de mañana
Día 0 en el turno de tarde (15-22H)	Realiza valoración con check-list de la madre y recién nacido previo al pase de visita el día +1	Pase de visita en día +1. Comprobar check-list enfermera y firmar alta	Pase de visita en día +1. Comprobar check-list enfermera y firmar alta.	Enfermera entrega alta firmada por pediatría, ginecología y firma alta de enfermería	Día +1 en el turno de tarde hasta los partos producidos a las 20 horas
Día 0 en el turno de noche (22-8h)	Realiza valoración con check-list de la madre y recién nacido previo al pase de visita el día +2	Pase de visita en día +2. Comprobar check-list enfermera y firmar alta	Pase de visita en día +2. Comprobar check-list enfermera y firmar alta	Enfermera entrega alta firmada por pediatría, ginecología y firma alta de enfermería	Día +2 en el turno de mañana los partos desde las 20h hasta las 8 h de la mañana.
Si surgen criterios durante el proceso de exclusión del proceso de alta precoz, la enfermera procederá a desestimar la entrega del alta e informará a pediatría/ginecología. Se volverá a valorar el alta en días sucesivos excluyéndolo del proceso de alta precoz, ya que cumplirá criterios de alta normal(>48 horas)					

- *Seguimiento perinatal del recién nacido:* Se produce en la consulta a partir de las 48 horas de vida, la realiza una enfermera y los padres

acudirán con el recién nacido para realización del cribado neonatal de enfermedades congénitas y otros cuidados (control de lactancia, control de peso del recién nacido y control de ictericia fisiológica). Rellenará los criterios en el check-list pertenecientes a este apartado “Consulta perinatal del recién nacido a partir de las 48 horas”, y anotará si es preciso revaloración por parte de pediatría o ginecología, en cuyo caso realizará una derivación médica.

CONCLUSIONES

El establecimiento de un alta precoz es recomendable dada la probabilidad de disminución de los costes frente a un alta rutinaria en un parto normal. En el resto de aspectos como el riesgo o la satisfacción materna no han dado resultados claves y evidentes para poder establecer dicha recomendación. Aun y todo cabe destacar que la calidad de la evidencia es muy baja, por diferentes factores, entre ellos la heterogeneidad de los conceptos empleados, las diferencias en las políticas sanitarias y gestión de cuidados dependiendo del lugar donde se han realizado dichos estudios, así como las diferentes metodologías que se han empleado en cada uno de ellos, por lo que la recomendación, tal y como lo establece la guía de atención al parto normal del SNS es de rango débil. En esta guía se recomienda establecer el alta precoz siempre que el parto se haya producido sin complicaciones y en Rn a término.

En los hospitales del SNS el alta precoz es una práctica con una tendencia cada vez más común, y por ello surge la necesidad de establecer un protocolo, para poder implantar en la práctica clínica de los profesionales, las actividades a realizar de forma planificada y sistemática, y establecer así una práctica clínica segura y eficaz. Para ello es necesario que haya un buen soporte posterior al alta en atención primaria y que la coordinación entre los niveles asistenciales sea efectiva, para poder dar continuidad a los cuidados perinatales de la familia y su recién nacido y disminuir así la incidencia de los posibles riesgos anteriormente nombrados.

BIBLIOGRAFÍA

1. La Hospitalización en el Sistema de Salud CMBD- Registro de Altas. Madrid: Ministerio De Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2010.
2. Instituto Nacional de Estadística. Altas hospitalarias
<http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926692529&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout¶m1=PYSDetalle¶m3=1259926137287>
3. Servicio de Registros e Información Sanitaria. Dirección de Planificación, Ordenación y Evaluación Sanitaria. Informe de Registro de Altas Hospitalarias de la Comunidad Autónoma de País Vasco 2015.
<http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/registros_epidem_presentacion/es_def/adjuntos/Informe%20de%20altas%20hospitalarias%20ano%202015.pdf>
4. Hellman LM, Kohl SG. Early hospital discharge in obstetrics. *The Lancet* 196 .Feb 3;1:227-233.
5. American Academy of Pediatrics, American Collage of Obstetricians and Gynecologist. Postpartum and Follow-up Care. In: *Guidelines For Perinatal Care*, 4 ed. Washington, DC: American College of Obstetricians and Gynecologist 1997: 146-181.
6. Protocolo de Puerperio normal y patológico de la S.E.G.O
<http://www.sego.es/>
7. Guerriero WF. Early controlled ambulation in the puerperium. *Am J ObstetGynecol* 1946; 51:210-212.
8. Ramón Escuriet, María Pueyo, Herminia Biescas, Isabel Espiga, Cristina Colls, Marianne Sanders, Ann Kinneer, Marie Roberts, Sylvie Gomes, Josep Fusté, Vicente Ortún. La atención al parto en diferentes países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico.(OCDE). *Matronas prof.* 2014, 15(2):62-67.
9. Ministerio de Sanidad, asuntos sociales e igualdad. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2015.
10. Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Informe presentado por el Grupo Técnico de Trabajo. Departamento de Investigación y

Salud Reproductiva. Ginebra: Organización Mundial de La Salud.1999

11. American Academy of Pediatrics and American College of Obstetricians and Gynecologists. Postpartum and follow-up care. Guidelines for perinatal care. 4th ed. Washington, DC: American College of Obstetricians and Gynecologists; 1997.p.147-180
12. Chalmers B, Mangiaterra V, Porter R. WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course . Birth 2001; 28:202-207.
13. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud.2010
14. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo del parto.2015
15. La sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Guía de asistencia al parto normal.
<http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/protocolo_sego_parto_normal.pdf>
16. Usandizaga JA, de la Fuente P. Puerperio. Tratado de obstetricia y ginecología.Vol. 1. 2º ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2004. p. 237-247.
17. Charles R.Beckmann, Frank W.Ling, Roger P.Smith, Barbara M. Barzansky, William N. Herbert, Douglas W.Laube. Obstetricia y ginecología. 6ª edición.Wolters Kluwer Lippincott Williams and wilkins. Pág:91-125.
18. American College of Obstetricians and Gynecologists. The puerperium. In: American College of Obstetricians and Gynecologists. Precis, Obstetrics: An Update in Obstetrics and Gynecology. 3rd ed. Washington, DC: American College of Obstetricians and Gynecologists; 2006:188-195.
19. American College of Obstetricians and Gynecologists. Guidelines for Perinatal Care. 6th ed. Washington, DC: American College of Obstetricians and Gynecologists; 2007.

20. Braveman 1995 Braveman P, Egeter S, Pearly M, Marchi K, Miller C. Early discharge of newborns and mothers: a critical review of the literature. *Pediatrics* 1995;96:716-26.
21. Brown S, Small R, Faber B, Krastev A, Davis P. Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002, Issue 3. Art. No.: CD002958. DOI: 10.1002/14651858.CD002958.
22. Brooten D, Knapp H, Jacobsen B, Arnold L. Early discharge and home care after unplanned cesarean birth: nursing care time. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing* 1996;25(7):595-9.
23. Carty E, Bradley C. A randomized, controlled evaluation of early postpartum hospital discharge. *Birth* 1990;17(4):199-204.
24. Gagnon A, Edgar L, Kramer M, Papageorgiou A, Waghorn K, Klein M. A randomized trial of a program of early postpartum discharge with nurse visitation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1997;176(1):205-11.
25. Smith-Hanrahan C, Deblois D. Postpartum early discharge: impact of maternal fatigue and functional ability. *Clinical Nursing Research* 1995;4(1):50-66.
26. Waldenström U. Early and late discharge after hospital birth: fatigue and emotional reactions in the postpartum period. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology* 1988a;8:127-35.
27. Winterburn S, Fraser R. Does the duration of postnatal stay influence breast-feeding rates at one month in women giving birth for the first time? A randomized control trial. *Journal of Advanced Nursing* 2000;32(5):1152-7.
28. Yanover MJ, Jones D, Miller MD. Perinatal care of low-risk mothers and infants. Early discharge with home care. *New England Journal of Medicine* 1976;294(13):702-5.
29. Grullon KE, Grimes D. The safety of early postpartum discharge: a review and critique. *Obstetrics and Gynecology* 1997;90:860-5.
30. Conseil d'Evaluation des Technologies de la Sante du Quebec. Evaluation of the risks and benefits of early postpartum

- discharge. Report submitted to the Minister of Health and Social Services of Quebec. Quebec: , 1997.
31. Sainz Bueno JA, Ruiz Romano M, Garrido R, Gutierrez A, Fernandez A, Alemida C, Caballero M. Early discharge from obstetrics-pediatrics at the hospital de Valme, wiith domiciliary follow-up. *Am J Obstet Gynecol.* 2005; Jun 6;193 714-726.
 32. Dalby DM, Williams. Postpartum safety and satisfaction. *Can J Public Health.* 1996 Mar-Apr;87(2):90-4.
 33. Estrategia para la atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo 2007.
 34. Guía de práctica clínica de atención al embarazo y puerperio. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad, 2014.
 35. Estrategia de mejora de la Calidad de los Cuidados: Protocolos de Cuidados de Enfermería Basados en la Evidencia [Internet]. *Bibliovirtual.files.wordpress.com.* 2018 [cited 4 August 2018]. Available from:
<https://bibliovirtual.files.wordpress.com/2009/10/protocolos.pdf>
 36. Guía para la elaboración de protocolos de enfermería [Internet]. *Csantantoni.com.* 2018 [cited 31 August 2018]. Available from:
<http://www.csantantoni.com/wp-content/uploads/2016/12/Guia-para-la-elaboracion-de-protocolos-de-enfermeria.pdf>
 37. Programa de realización de altas en el puerperio de bajo riesgo por la matrona [Internet]. *Sergas.es.* 2018 [cited 21 August 2018]. Available from:
https://www.sergas.es/docs/muller/VIIIPerinatal/Documentacion/9_alt_a_puerperio_matrona_Consuelo.pdf
 38. Hatem M, Sandall J, Devane D, Soltani H, Gates S. Midwifeled versus other mothels of care for child bearing womwn. *Cochrane Datbase Sust. Rev.* 2008(4).

ANEXOS

ANEXO I. CHEK-LIST DE SEGUIMIENTO PARA EL PROCESO DE ALTA PRECOZ

HOSPITAL UNIVERSITARIO XX SERVICIO AUTÓNOMO DE SALUD	PRIMER APELLIDO:	
	SEGUNDO APELLIDO:	
	NOMBRE:	
	CIC:	
	N° HISTORIA CLÍNICA:	
CRITERIOS CLÍNICOS DE INCLUSIÓN DURANTE LA GESTACIÓN (Valoración de ginecología)		
Gestante de gestación única	<input type="checkbox"/>	
Gestantes sin afectación de patología obstétrica de estados de hipertensión, preeclampsia o eclampsia grave.	<input type="checkbox"/>	
Gestantes carentes de patología gestacional relacionada con el feto: CIR, oligoamnios, polihidramnios, malformaciones fetales, o fetos con cromosopatía.	<input type="checkbox"/>	
Gestantes que no hayan desarrollado o presente los signos y síntomas clínicos de anemia o que presenten hemoglobina materna por debajo de 9 g/dL o igual a 25%	<input type="checkbox"/>	
Gestantes carentes de afectaciones de patología médica grave (serologías VIH positiva, Hepatitis B y hepatitis C activa o no controlada, Diabetes Mellitus pregestacional, patología tumoral, patología cardíaca y respiratoria, enfermedad renal, HTA crónica, enfermedad psiquiátrica, etc.)	<input type="checkbox"/>	
Gestantes carentes de miomas o aquejadas de patología ginecológica que requieran control y /o tratamiento (tumores o miomas de gran tamaño)	<input type="checkbox"/>	
Gestantes sin hábitos tóxicos y problemas sociales(abuso del alcohol y de las drogas, violencia doméstica, etc.)	<input type="checkbox"/>	
Tras información recibida desea participar en el proceso de alta precoz	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿En consultas sucesivas de gestación se producen cambios que provocan la no inclusión en el proceso de alta precoz? Fecha de la exclusión: Causa:	SI <input type="checkbox"/>	
CRITERIOS CLÍNICOS DE INCLUSIÓN EN EL PROCESO DEL PARTO (Valoración de la matrona)		
¿Sigue cumpliendo los criterios establecidos en la valoración previa?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
En caso negativo indicar la causa:		
¿Sigue deseando participar en el proceso de alta precoz?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
El parto ha sido a término >37 semanas de gestación	<input type="checkbox"/>	
No se ha producido parto distócico vía abdominal o parto distócico instrumental con fórceps o ventosa	<input type="checkbox"/>	
Puérperas con resultado de muerte fetal anteparto y/o intraparto	<input type="checkbox"/>	
Puérperas con recién nacidos que no estén afectados de malformaciones severas o de enfermedades congénitas no detectadas en embarazo	<input type="checkbox"/>	
Puérperas que no hayan sufrido de fiebre intraparto (>38°) con signos de sospecha de corioamnionitis con o sin tratamiento antibiótico.	<input type="checkbox"/>	
Puérperas que no hayan precisado extracción manual de placenta, con y/o sin profilaxis antibiótica	<input type="checkbox"/>	

Puérperas que no hayan tenido retención de restos placentariosy/o coágulos que requieran legrado puerperal con o sin profilaxis antibiótica	<input type="checkbox"/>
Puérperas que no hayan presentado traumatismos del canal blando del parto (hematomas vulvovaginales,hematomas pelviabdominales, desgarros del tercer y cuarto grado)	<input type="checkbox"/>
Puérperas con recién nacidos a término con peso adecuado a la edad de gestación	<input type="checkbox"/>
Puérperas con pérdida hemática normal durante el parto	<input type="checkbox"/>
Comentarios:	
CRITERIOS CLÍNICOS DE INCLUSIÓN EN EL PROCESO DE PUERPERIO	
PUERPERIO INMEDIATO/SALA POSTPARTO (DURANTE LAS PRIMERAS 2 HORAS POSTPARTO) (Valoración realizada por matrona)	
¿Sigue cumpliendo los criterios establecidos en las valoraciones previas?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
En caso negativo indicar la causa:	
¿Sigue deseando participar en el proceso de alta precoz?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Puérperas que no hayan desarrollado fiebre posterior al proceso de parto	<input type="checkbox"/>
Puérperas que no hayan tenido alteraciones de la tensión arterial durante el puerperio (>140/90 mmHg) y /o sintomatología asociada a la hipertensión	<input type="checkbox"/>
Puérperas que no hayan desarrollado o presenten signos y síntomas de hemorragia postparto primaria, que requieran de legrado puerperal y/o histerctomía obstétrica	<input type="checkbox"/>
Puérperas que no presenten complicaciones por el uso de la analgesia. anestesia obstétricas	<input type="checkbox"/>
Puérperas que durante el puerperio clínico no hayan desarrollado o presenten signos y síntomas de coagulación intravascular diseminada,embolia LA, TVS,TVP, mastitis puerperal, síndrome de Sheehan, crisis tirotóxica, patología psiquiátrica puerperal.	<input type="checkbox"/>
Puérperas que en el proceso de parto no hayan expulsado líquido amniótico de aspecto purulento o maloliente	<input type="checkbox"/>
Comentarios:	
PUERPERIO/ UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN MATERNIDAD (> DOS HORAS POSTPARTO) (Valoración realizada por enfermera de la unidad)	
¿Sigue cumpliendo los criterios establecidos en las valoraciones previas?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
En caso negativo indicar la causa:	
¿Sigue deseando participar en el proceso de alta precoz?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
CRITERIOS PREVIOS AL ALTA PRECOZ	
¿Sigue cumpliendo los criterios establecidos en las valoraciones previas?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
En caso negativo indicar la causa:	
¿Sigue deseando participar en el proceso de alta precoz?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
CRITERIOS DE LA MADRE (Valoración realizada por enfermería y ginecología)	
Buen estado físico general y constantes (TA, FC y Tª dentro de la normalidad).	<input type="checkbox"/>
Diuresis normal con micciones espontáneas y peristaltismo presente.	<input type="checkbox"/>
Involución uterina normal (exploración ginecológica).	<input type="checkbox"/>

Tacto vaginal normal.	<input type="checkbox"/>
Loquios sin patología en cantidad y cualidad de aspecto normal (exploración ginecológica).	<input type="checkbox"/>
Episiotomía/ Desgarro normal con cicatrización de periné y vagina correctos (exploración ginecológica).	<input type="checkbox"/>
No presenta s/s de incontinencia urinaria/fecal.	<input type="checkbox"/>
No presenta s/s de complicación de analgesia epidural.	<input type="checkbox"/>
No presenta s/s de alteración tromboembólica.	<input type="checkbox"/>
Dolor controlado.	<input type="checkbox"/>
Deambulacion correcta.	<input type="checkbox"/>
Comprobación de que se ha realizado estudio de sensibilización materno-materno fetal	<input type="checkbox"/>
Comprobación de administración de vacuna anti-D si precisa.	<input type="checkbox"/>
Comprobación de administración de vacuna rubeola si precisa y madre consiente por escrito. En caso de no haberse administrado se entrega cita de medicina preventiva para administración posterior.	<input type="checkbox"/>
Buen estado emocional de la madre.	<input type="checkbox"/>
Buena adaptación materna al nuevo rol.	<input type="checkbox"/>
Vínculo establecido.	<input type="checkbox"/>
Cuida del recién nacido sin dificultades.	<input type="checkbox"/>
La madre cuenta con apoyo familiar.	<input type="checkbox"/>
Técnica de lactancia correcta. Buen agarre y succión.	<input type="checkbox"/>
Mamas normales y pezones sin grietas ni heridas.	<input type="checkbox"/>
Examen clínico normal previo al alta valorado por ginecología y alta firmada	<input type="checkbox"/>
CRITERIOS DEL RECIEN NACIDO (Valoración realizada por enfermería y pediatría)	
Normalidad de los signos vitales: frecuencia cardiaca(100-160 lpm), frecuencia respiratoria(<60 rpm y temperatura axilar 36,5°C-37,4°C), al menos una vez al ingreso y en caso de madre portadora de streptococcus agalactiae o cultivo desconocido, que no hayan recibido dos dosis de antibiótico, tres tomas una por cada turno.	<input type="checkbox"/>
Recién nacido con pérdida de peso no superior al 5% del peso del nacimiento en las primeras 24 horas.	<input type="checkbox"/>
Capacidad para mantener la homeostasis térmica en una cuna abierta y ropa adecuada.	<input type="checkbox"/>
Capacidad de alimentarse por vía oral y coordinar adecuadamente la succión, la deglución y la respiración mientras se alimenta.	<input type="checkbox"/>
Micción y defecación adecuada del meconio, al menos una vez previo al alta.	<input type="checkbox"/>
No ictericia, y comprobación de niveles de bilirrubina transcutánea y/o capilar en caso de ictericia fisiológica.	<input type="checkbox"/>
Cordón umbilical con buen aspecto, no s/s de infección, y se les ha explicado a los padres el procedimiento de la cura.	<input type="checkbox"/>
Supera cribado de cardiopatías congénitas con saturación mayor de 96% preductal y postductal realizado a las 24 horas de vida.	<input type="checkbox"/>
Mantiene control de glucemias en los casos de madre con diabetes gestacional durante embarazo (2h,6h,8h y 24 horas de vida)	<input type="checkbox"/>
Se ha entregado documentación administrativa e informado de cómo proceder para poder inscribir al recién nacido previo al alta	<input type="checkbox"/>
Examen clínico normal previo al alta valorado por pediatría y alta firmada	<input type="checkbox"/>

DOCUMENTACIÓN ENTREGADA AL ALTA PRECOZ (Enfermería)	
Informe de alta firmado por ginecología	<input type="checkbox"/>
Informe de alta firmado por pediatría	<input type="checkbox"/>
Continuidad de cuidados de enfermería al alta firmados	<input type="checkbox"/>
Indicación de cita del recién nacido en la consulta perinatal adyacente para realización del cribado de detección de metabolopatías al recién nacido a partir de las 48 horas de vida	<input type="checkbox"/>
Indicación de cita del recién nacido en la consulta de otorrinología para realización de cribado de hipoacusia del recién nacido	<input type="checkbox"/>
Recomendaciones de cuidados en el puerperio	<input type="checkbox"/>
Información sobre motivos de consulta urgente	<input type="checkbox"/>
Indicación de cita telefónica con la matrona de atención primaria	<input type="checkbox"/>
CONSULTA PERINATAL RECIÉN NACIDO A PARTIR DE 48 HORAS (Valorado por enfermera de consulta)	
Firmado consentimiento informado de fibrosis quística y resolución de dudas	<input type="checkbox"/>
Realización de cribado neonatal de enfermedades congénitas	<input type="checkbox"/>
Comprobación de toma de lactancia y apoyo educativo si procede	<input type="checkbox"/>
Comprobación de ictericia fisiológica y realización de bilirrubina transcutánea si procede	<input type="checkbox"/>
Realización de peso del recién nacido y comprobación del porcentaje de pérdida fisiológica	<input type="checkbox"/>
Comprobación del estado del cordón y refuerzo de educación de la cura diaria	<input type="checkbox"/>
Comprobación del estado emocional materno y ofrecer apoyo psicológico si procede	<input type="checkbox"/>
¿Precisa de derivación pediatría para revaloración?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Causas:	
¿Precisa de derivación a ginecología para revaloración?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Causas:	
Entrega de cita con enfermera de pediatría y pediatría para valoración rutinaria del recién nacido en atenci	<input type="checkbox"/>

